

Ministério da Saúde

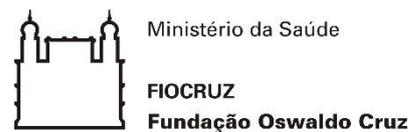
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

MARINA GUIMARÃES OLIVEIRA MARQUES

**CARTAS À MARINA QUE FUI E QUE SEREI: MEMORIAL DE FORMAÇÃO DE
UMA MÉDICA RESIDENTE EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

BAHIA

2020



Trabalho desenvolvido pela aluna Marina Guimarães Oliveira Marques como requisito para a conclusão do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade pela Fundação Estatal de Saúde da Família.

Orientadora: Raisal Dourado Almeida

BAHIA

2020

LISTA DE FIGURAS

1. À Marina de 21 de Dezembro de 2018.....	9
2. À Marina de 12 de Dezembro de 2010.....	15
3. À Marina de 07 de Março de 2018.....	18
4. À Marina de 28 de Maio de 2018.....	24
5. À Marina de 09 de Julho de 2029.....	28
6. À Marina de 02 de Dezembro de 2019.....	32
7. À Marina de 12 de Maio de 2018.....	36
8. À Marina de 29 de Fevereiro de 2040.....	38

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	5
2. INTRODUÇÃO E MÉTODO.....	6
3. SIGNIFICADOS E CAMINHOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA E A SAÚDE DA FAMÍLIA.....	10
4. SOBRE TRABALHO EM EQUIPE.....	16
5. O CONFLITO ENQUANTO FERRAMENTA PARA DESENVOLVIMENTO PESSOAL E COLETIVO.....	19
6. DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE E EDUCAÇÃO POPULAR.....	25
7. OS CAMINHOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	29
8. SOBRE O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA E ABORDAGEM INDIVIDUAL.....	33
9. CONCLUSÃO.....	37
10. REFERÊNCIAS.....	39

1. APRESENTAÇÃO

Caro leitor,

Escolher a Medicina como caminho profissional por si só já traz alegrias e cansaços. Se especializar em ser médica de família e comunidade demonstra sobretudo que a escolha da Medicina tem relação direta em Cuidar de pessoas, com C maiúsculos, de maneira próxima, justa, longitudinal. Quando soube que seria orientadora de Marina comemorei. Lembrava dela desde a graduação e sabia de seu gosto por estudar palição. “Gosta do mais delicado”, pensei, “corajosa, ela”.

O programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da FESF-SUS é integrado com a residência multiprofissional em Saúde da Família. Dentre as ferramentas pedagógicas, o ambiente virtual de aprendizagem é um espaço no qual os residentes compartilham experiências e aprendizados significativos. O Memorial de Formação é escolhido como formato, um incentivo a autorreflexão, pensamento crítico, dizer sobre a experiência na escrita e também perceber a escrita também como experiência (PILLAR; PONTES, 2014).

Escrever sobre experiências pessoais pode ter como um dos vieses principais o receio em torno do pensamento “quem for ler pensaria o que disso” e assim há uma tendência de selecionarmos apenas o que gostaríamos que fosse exposto. Somos seres comunicativos, como médicas temos a linguagem como cerne do encontro clínico, portanto a narrativa sincera se apresenta com mais poder. Escrever para que? Para registrar, para reaccessar ao passar do tempo.

“Imagine que você esteja escrevendo para si mesma”. Disse à Marina em um dos nossos encontros presenciais. O que você gostaria de ler daqui uns anos, o que gostaria de ter lido anos atrás. Ela trouxe a ideia do formato de cartas achei ao mesmo tempo delicado e corajoso. O desafio de se escrever e de escrever para si, uma brincadeira com o que ninguém pode controlar, o tempo. Por ser um formato inovador pode causar estranheza sim, talvez confusão entre o que já foi e o que ainda virá, mas como diz Clarice Lispector: perder-se também é caminho.

Deixo aqui minha satisfação de ter participado dessa trajetória.

Raísa

2. INTRODUÇÃO E MÉTODO

Camaçari, 21 de Dezembro de 2018

Marina,

Esta é a primeira de uma série de cartas que envio para você sobre o processo que foi a sua vivência no Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC) da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF). Digo *foi*, porque, apesar de você estar vivendo nesse momento o final do seu primeiro ano de residência, eu estou te escrevendo as vésperas do encerramento desse processo.

Posso te contar com propriedade todos os detalhes e pormenores de tudo o que aconteceu durante esses dois anos de especialização. Sei sobre cada evento em si, sobre as reflexões que cada um deles provocou em você, sobre a forma que você desenvolveu para enfrentar as dificuldades inerentes ao percurso e também para celebrar as conquistas. Entretanto, como você em breve irá descobrir, tudo o que eu digo tem o viés do discurso.

Afinal, a vivência de cada coisa tem ressonâncias particulares para cada sujeito. Vivência é experiência vivida que trouxe significados, (PILLAR; PONTES, 2014) e isso ecoa na forma como contamos histórias. O viés existe, enfim, porque eu e você somos pessoas diferentes. Dividimos a mesma família, o mesmo nome e o mesmo sobrenome, a mesma data de nascimento, mas estamos separadas por alguns instantes e outro espaço-tempo. As histórias que aconteceram nesse intervalo são o que nos torna sujeitos distintos um do outro. Por isso, olhando retrospectivamente, sei que essas histórias nos atravessam/atravessaram também de maneira distinta.

De onde eu escrevo, você está prestes a começar uma nova etapa da formação em outro programa de residência médica. Seu pai foi a São Paulo para te matricular no programa de Medicina Paliativa e chegou em casa com um exemplar de *Memórias Póstumas de Brás Cubas* debaixo do braço. “Entrei na livraria e já sabia o que eu procurava”, ele disse. “Fui direto ao capítulo sete, *O Delírio*”, no qual, em trinta minutos de surto, o personagem principal se vê levado por um hipopótamo ao início dos tempos, observando a passagem de diversas mudanças pela história da humanidade (ASSIS, 2017).

Coincidentemente, esse foi o dia também que você começou a contar para eles sobre o seu processo de produção do Trabalho de Conclusão de Residência. Este trabalho segue a proposta de Memorial de Formação, no qual, assim como Brás Cubas, me propus ao mesmo exercício curioso, de observar a mudança dos tempos. Assim, então, olhar para nós mesmas, em diferentes momentos históricos dos nossos caminhos, até aqui e para além daqui. Afinal o Memorial é isto: o retrato da nossa trajetória em um caminho profissional, contado através das nossas próprias memórias e reflexões (PRADO; SOLIGO, 2007).

As memórias aqui escolhidas não estão aqui por acaso. São o produto de diversas experiências relatadas gradativamente durante esse percurso. Mais que isso, foram escolhidas porque fomos particularmente afetadas por elas nesse caminho. E é isso ao que se propõe o Memorial enquanto metodologia (PRADO; SOLIGO, 2007).

Para isso, decidi te escrever. Eu sei das suas angústias e tenho também as minhas próprias incertezas em relação ao presente e ao futuro. Com isso, escolhi o formato de cartas como narrativa dentro do entendimento de *cura pela fala*. Na tese de Freud, a linguagem se coloca como uma forma de ressignificar afetos, ou ainda, como um substituto da ação, na medida em que determinado sentimento pode até deixar de ser manifesto por uma crise de choro ou por um acesso de raiva quando colocado como palavra (FOCHESATTO, 2011).

Isso é especialmente importante já que, desde o início da residência, você foi advertida: você vai “surtar”. Não literalmente e nem particularmente por alguma característica sua, mas porque todos, em maior ou menor escala, publicamente ou não, passaram por isso. É o que dizem. Sejam colegas, servidores, corpo pedagógico, faz parte do processo.

Essa carta está sendo enviada hoje, porque foi o dia do seu primeiro “surto”. Você era a única médica na unidade que não estava de férias ou eletivo. Eu sei que você estava sentindo o peso da grande expectativa da equipe de que você estivesse bem, e que você atendesse às demandas do serviço. Mesmo assim, você não entendia particularmente o motivo da preocupação, já que tudo parecia, de fato, bem.

No entanto, poucos dias após esse questionamento, você conheceu quem aqui eu vou chamar de R. Você a conheceu pelo corredor ao ser questionada sobre o fluxo para agendamento de consulta. Entretanto, R. estava com uma impaciência que

não era por falta de vaga, pela espera de conseguir agendamento. R. foi a unidade fora do horário de marcação e abordou a primeira pessoa que viu, não a recepcionista.

Dessa forma você começou a achar que tinha algo a mais na demanda que ela trazia. De fato, R., que estava vivenciando um luto complicadíssimo após o súbito falecimento do seu filho preferido, cursando inclusive com ideação suicida.

Percebendo essa necessidade, você a acolheu, identificou uma série de problemas e fez os encaminhamentos necessários. Entretanto, logo após a consulta, você percebeu que o seu carimbo tinha desaparecido.

Você, a única médica da unidade, naquele momento responsável por todas as quase 12.000 pessoas que faziam parte do território, percebendo as expectativas da equipe em relação a você, não viu que o carimbo estava exatamente diante de você. E correu pela porta da sala, pelo corredor, pelo estacionamento e pediu para R. abrir a bolsa a procura do carimbo. Carimbo este que estava exatamente diante de você.

O primeiro ano da residência foi repleto de momentos nos quais afetos, positivos ou não, foram construídos. Esta história fala particularmente de um sentimento muito grande de medo. Medo da responsabilidade de se ver como componente tão importante do cuidado de uma população inteira, e medo que naquele momento não te permitiu enxergar o que estava exatamente diante de você. Medo esse que te cercou durante muito tempo.

Lembro-me de sua avaliação com Joana, então apoiadora de Medicina, que falou que a grande dificuldade da residência é esta: encontrar com nós mesmos e com tudo o que isso significa, diante das adversidades que compõem o nosso cenário de prática.

Por isso, entendo que as suas angústias fazem parte do processo que também me formou. Assim como as minhas angústias de hoje também serão parte da formação da Marina do futuro. Espero que essa série de cartas te mostre algumas ferramentas que fizeram esse processo da residência menos duro do que você achou que seria. Espero que essas experiências sejam levadas adiante, e sempre, por quem fui e quem serei. Nos falaremos em breve.

Com amor,

Marina

Figura 1: À Marina de 21 de Dezembro de 2018



Figura de confecção própria. Frase de Suassuna (2019).

3. SIGNIFICADOS E CAMINHOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Salvador, 12 de Dezembro de 2010

Marina,

Eu sei o quanto você está entusiasmada com a aprovação no vestibular de Medicina. Sei o quanto já te disseram que a vida de médico é dura, de muito plantão, muita responsabilidade, muito estudo e muito trabalho. E olha, tudo isso é verdade. Mas, na verdade, eu vim te dizer o que não te contaram sobre a vida profissional na Medicina: é possível trilhar por caminhos fora das expectativas dos seus colegas, da sua família e, pasme, das suas próprias.

Inclusive, a primeira notícia que eu tenho para te dar é que seus projetos vão mudar de direção muitas vezes nesse percurso. Felizmente, você não vai ser neurocirurgiã. Na verdade, o seu primeiro dia no centro cirúrgico vai ser um fracasso. Você desmaiará em uma postectomia, que é uma cirurgia para correção de fimose, três vezes. Mas não fique decepcionada, adianto-te que, em todas as vezes, você persistirá e voltará para a sala de cirurgia. Depois do último desmaio, a médica-assistente chamará a sua supervisora dizendo: “Diga para ela se preparar, porque ela vai entrar na sala de cirurgia de novo. Essa menina vai ser cirurgiã”. Vocês estarão muito enganadas.

Em dez anos, você vai ser Médica de Família e Comunidade. Eu sei que nesse momento da vida você não faz ideia do que isso se trata, mas eu vou te ajudar. A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é fundamentada em quatro princípios:

Princípio I: O MFC é um clínico qualificado

Princípio II: A atuação do MFC é influenciada pela comunidade

Princípio III: O MFC é o recurso de uma população definida

Princípio IV: A relação médico-pessoa é fundamental para o desempenho do MFC

(LOPES; DIAS, 2019)

Isso quer dizer que, ao contrário do que muito se pensa no meio médico, o MFC é capacitado para atender de forma qualificada a maior parte das queixas que chegam na Atenção Primária a Saúde. Para isso, é preciso não apenas conhecer muito bem os diagnósticos e tratamentos de cada uma dessas condições, mas

também e principalmente entender de que forma elas interferem na saúde de cada pessoa. Além disso, é necessário também reconhecer em que medida as queixas trazidas pelo indivíduo refletem questões orgânicas, demandas ocultas ou ainda algum ganho secundário (LOPES; DIAS, 2019).

Para cuidar dessas demandas, é imprescindível reconhecer o papel da comunidade e do território. Além de conhecer quais os principais motivos que levam os usuários a procurar o serviço de saúde, também é preciso estar apropriada dos dispositivos sociais que estão postos no território que possam contribuir para o autocuidado e a Promoção de Saúde. Por outro lado, o território também pode trazer riscos para a saúde da comunidade que é de responsabilidade da equipe de saúde da família, inclusive o médico ou a médica, conhecer e intervir sobre esses riscos (LOPES; DIAS, 2019).

Apesar de ser bastante ansiogênica a responsabilidade sanitária de cuidar e acompanhar cerca de 4000 pessoas (BRASIL, 2017), você vai conhecer mecanismos de manter o acompanhamento dessas pessoas e, para isso, é necessário estar apropriado das características da sua população. Isso envolve realizar a coordenação do cuidado dos usuários de quem nós cuidamos, acompanhando internamentos, encaminhamentos para especialistas, intervindo conforme for necessário seja individualmente, como equipe ou dentro de uma rede de serviços (LOPES; DIAS, 2019).

E isso vai te fazer perceber que, na faculdade, por mais que você admire aqueles professores cheios de conhecimento e experiência, nem sempre vai ser com eles que você vai aprender a cuidar de gente, nem a trabalhar em equipe. Não me entenda mal, sem o conhecimento técnico não se faz muita coisa. É que, infelizmente, no modelo de educação médica que está posto na sua época, ainda se aprende a cuidar das pessoas com fundamentação em uma estrutura que não contempla a integralidade da pessoa. Como Médica de Família e Comunidade, você vai entender que a consulta é um encontro e que, para além disso, ela é apenas uma ferramenta de cuidado da abordagem individual.

Esses cuidados, em geral, estão concentrados na Atenção Primária à Saúde. Existem algumas definições para isto, desde um nível de atenção que dispõe de tecnologias leves, também chamadas relacionais, com as quais se pode dar conta da maior parte das necessidades da população, funcionando como porta de entrada e

coordenadora do sistema de saúde como um todo. Por outro lado, também pode ser definida como uma variedade de serviços limitadas, reduzida a um subgrupo populacional com necessidades específicas (LAVRAS, 2011).

Os sistemas de saúde voltados para a Atenção Primária à Saúde têm como propósito melhorar a saúde e diminuir as desigualdades através do acesso a todos (STARFIELD, 2004) e, dessa forma, também foi fundado o nosso Sistema Único de Saúde junto à Constituição de 1988, quando atestou: a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1990). Esse feito foi produto de uma série de embates do movimento chamado Reforma Sanitária Brasileira, processo este que continua em implantação e sofre ameaças cada vez mais graves (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

No Brasil, a Atenção Primária é regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica, que sofreu sua última alteração em 2017. Na última alteração, as alterações propostas significavam uma alteração na cobertura, delegando alguns critérios de distribuição de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) ao cargo do gestor. Na versão anterior, de 2011, a distribuição levava em conta os critérios de vulnerabilidade social (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Coincidentemente ou não, nesse exato momento, no início de 2020, a Atenção Primária à Saúde foi mais uma vez reformulada, dessa vez do ponto de vista do financiamento. Agora, o recebimento de recursos de origem federal para cada município depende exatamente da cobertura e do número de cadastros, sendo que antes o repasse era por base populacional. (HARZHEIM, 2019).

O problema é que um repasse de base individual fere um princípio fundamental do SUS, que é a Universalidade. Ao remunerar com base no número de cadastros, deixa-se de olhar para a comunidade e as possibilidades de intervenção fora da base individual, como atividades coletivas, no território e visitas domiciliares. Além disso, esse projeto recompensa com base em produtividade (número de consultas), o que não é absolutamente um indicador de qualidade em assistência à saúde (MENDES e CARNUT, 2019).

A promoção e prevenção de saúde, ambas pilares da Atenção Primária a Saúde, também se mostram comprometidas nesse novo modelo, já que centraliza a remuneração com base no número de consultas. Há uma menção de maior direcionamento de recursos para municípios que recebam o programa Médicos pelo Brasil, mas esse não é um programa que exige, por exemplo, que os tutores tenham

formação em Medicina de Família e Comunidade, portanto sem determinadas ferramentas para fortalecer, por exemplo, medidas de prevenção de agravos e promoção de saúde (MENDES e CARNUT, 2019).

Você deve estar pensando como acontecerá a aproximação dessas preocupações, já que não terá contato com professores que trarão esse conteúdo. Assim que começarem as aulas, você vai receber muitas informações novas de atividades extracurriculares disponíveis na faculdade. Ligas acadêmicas, monitorias, iniciação científica. Mas vale destacar a importância de especificamente um núcleo da faculdade. Este é o lugar onde você vai discutir o desconforto de estar aprendendo sobre saúde num meio onde prevalece uma ótica limitada de sociedade, porém que forma profissionais para atuar em um sistema de saúde único, universal e público: o Diretório Acadêmico Pirajá da Silva (DAPS).

O DAPS, historicamente, participou de projetos de mudanças individuais e coletivas, dentro e fora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Foi fechado durante o AI-5 em 1968 e retomado junto com as mobilizações estudantis em 1975. Nas Conferências Municipais de Salvador, o DAPS, junto ao Diretório Acadêmico da Faculdade de Medicina da Bahia (DAMED), conseguiu uma cadeira para o movimento estudantil (BLOGSPOT, 2019). É com o DAPS que você participará da sua primeira Conferência Municipal de Saúde e começará a vislumbrar alguns aspectos do que é a saúde pública no Brasil.

Inclusive, essa será uma das coisas que fará com que você se interesse particularmente pela residência de MFC pela Fundação Estatal Saúde da Família (FESF). O diferencial da FESF em relação ao modelo de outras residências de MFC é não ser majoritariamente uma residência de ambulatórios. Realmente, considera todos os princípios que já conversamos e tem uma agenda pensada para garantir isso.

Além disso, é um modelo que se fundamenta no princípio da Pedagogia Problematicadora, no qual as relações com o corpo pedagógico não são construídas de forma vertical, colocando o preceptor como detentor de saberes. Pelo contrário, esses se colocam como facilitadores do aprendizado numa lógica de metodologia ativa do aprendizado significativo baseado nos preceitos da Andragogia (FESF-SUS, 2018). Você verá que a sua relação com o corpo pedagógico será de fato construída dessa forma.

A sua unidade de referência será a Unidade de Saúde da Família de Nova Aliança, localizada no bairro de PHOC I, em Camaçari. Essa unidade tem um histórico interessante, porque passou décadas funcionando dentro do modelo de Unidade Básica de Saúde e passou a funcionar como Unidade de Saúde da Família com a chegada da residência.

As diferenças entre os dois modelos são inúmeras, ainda que ambas situadas no contexto da atenção primária. Entretanto, as formas de acesso, articulação em rede e de capacitação da equipe divergem em grande medida. Um estudo realizado por Elias e colaboradores comparou os dois modelos pela perspectiva dos profissionais, dos gestores e dos usuários. Ainda que não houvesse diferença nos dois primeiros, no último grupo a Unidade de Saúde da Família apresentou preferência pelos seus componentes (ELIAS *et al*, 2006).

A mudança não foi diferente em Nova Aliança. As filas de espera para atendimento reduziram absurdamente, os indicadores de saúde melhoraram, a população estava satisfeita, mas os funcionários não entendiam a necessidade de mudança. Afinal, antes eles dispunham de Pediatra, Ginecologista e, agora, quem fazia o preventivo era a Enfermeira. Dessa forma, estava-se reproduzindo o modelo de atenção Assistencial Privatista, no qual as principais ferramentas utilizadas, de procedimentos e serviços especializados, privilegiam a posição do médico e as estruturas hospitalares (GARNELO, 2008).

As turmas anteriores à sua enfrentaram uma grande resistência com os servidores e com a rede, de se fazer reconhecer como ator ocupando aquele espaço. Na sua turma, isso não será evidente de forma tão dura, mas ainda existirão alguns respingos dessa história na sua vivência.

Eu espero que eu não tenha deixado você muito confusa. O que eu posso te dizer é: aproveite. A faculdade, a residência, tudo isso passa muito rápido, e cada instante é valioso.

Com amor,
Marina

Figura 2: À Marina de 12 de Dezembro de 2010



Fonte: confecção própria

4. SOBRE TRABALHO EM EQUIPE

Lauro de Freitas, 07 de Março de 2018

Marina,

Hoje é o seu primeiro dia de residência. Está acontecendo uma série de atividades para o acolhimento dos novos residentes, uma coisa que está te chamando muita atenção é a articulação com o trabalho multiprofissional. Você já foi advertida por algumas colegas que faziam parte da residência no ano anterior que muito do seu aprendizado será construído a partir da relação com outras categorias, e essa foi inclusive uma característica da residência que te fizeram preferir este programa de residência.

Para começar, essa proposta já é bem diferente do que você tem como referência da sua formação em Medicina. Durante a faculdade, você viu muitos exemplos de médicos bem-sucedidos profissionalmente, muitas vezes considerados os melhores em seu campo de atuação, terem um relacionamento interpessoal (e muitas vezes com os pacientes) péssimo. Absolutamente. E você reconhecia que não queria, de jeito nenhum, ter aquele comportamento com a equipe nem com os pacientes.

Essa didática rígida e estrita tradicional te fazia ser mais dedicada nos estudos e mais envolvida com os pacientes, mas, em certa medida motivada, pelo medo de sofrer alguma humilhação diante dos colegas. Além disso, muitas vezes, às custas de uma taquicardia constante e que não era só fruto dos litros e mais litros de café que tomava para se manter de pé depois de uma madrugada acordada.

Até o momento da residência, as melhores experiências que você teve dentro de uma equipe de saúde até então tinham sido fora do Brasil, durante um intercâmbio. Lá você estudou na Escola de Enfermagem o curso Ciências Humanas e da Saúde, e seus professores eram todos enfermeiros. As suas aulas de Perspectivas sobre a Dor, Epidemiologia, Promoção de Saúde, Desigualdades em Saúde e Sociologia da Saúde e da Doença te marcaram sobremaneira no que viria a ser a sua prática profissional.

Lá também, em muitos momentos nos quais você precisou utilizar o sistema de saúde, você foi atendida por enfermeiras. Seja para fazer preventivo, para avaliar troca de método contraceptivo ou para tratar infecção urinária. Ou por dentistas,

quando você acompanhou uma amiga que sofreu um trauma no queixo e precisava de sutura local.

Enquanto parte da equipe, seja no estágio do St. Luke's Hospice ou do Weston Park Hospital, você percebia o quanto era importante que todos os membros da equipe participassem de forma horizontal do cuidado. Lembro particularmente de Sian, enfermeira paliativista, e Abi, enfermeira especialista em cuidados oncológicos. Sian conhecia todos os mecanismos de ação de todas as medicações que qualquer um prescrevesse, tinha uma pasta com todas as referências que utilizava que você, Marina, utilizará ainda por muito tempo dentro e fora da residência, e era a maior defensora dos pacientes de quem cuidava. Abi, uma enfermeira de origem indiana, conhecia e comandava o funcionamento de toda a enfermaria com destreza e generosidade. Lembro de uma vez que você sentou para usar o computador e ofereceu para ela a cadeira do lado, para ouvir: “eu nunca sento”.

No St. Luke's, as reuniões de equipe aconteciam semanalmente com os diretores clínicos e administrativos do lugar, além de médicos, enfermeiros, farmacêuticas, assistentes sociais, psicólogas, técnicas de enfermagem, capelães e especialistas em práticas integrativas. Na discussão de cada paciente, todas as categorias eram questionadas sobre o seu ponto de vista e contribuição para aquele caso, e as decisões eram tomadas em conjunto. O artigo que você produziu foi com orientação de um médico, de uma enfermeira assistente e de um enfermeiro epidemiologista que prestava serviços para o hospital.

Essa foi a sua referência de trabalho em equipe até o momento de entrar na residência, mas te adianto que essa experiência vai aumentar muito nos próximos dois anos. Você fará parte de uma equipe mínima, com uma enfermeira e um dentista, além de quatro agentes comunitárias. Além disso, receberá suporte de um NASF com uma nutricionista, uma fisioterapeuta e um professor de educação física.

Você terá oportunidades de discutir resultados de exames com a farmacêutica da unidade, de realizar curativos com as enfermeiras, de solicitar interconsulta das técnicas de enfermagem para otimizar as orientações sobre aplicação de insulina. Realizará também visitas domiciliares com nutricionista que te dará orientações gerais sobre alimentação para pessoas com nefropatias, cardiopatas, além dos hipertensos, diabéticos e gestantes que você verá diariamente.

Além disso, o trabalho em equipe também se mostrará para você como um porto seguro nas situações de dificuldades. Aqui cabe destacar o papel que Monique, enfermeira da sua equipe de referência, terá nesse sentido. Vocês conseguirão realizar as atividades da equipe de forma organizada, trabalhando com conflitos relacionais que possam surgir dentro da equipe, o que fará o processo mais tranquilo.

Vocês também serão parceiras em tentar diminuir o paradigma biomédico, por exemplo, quando você solicitar para que ela realize os atendimentos do terceiro momento do acolhimento ou quando vocês fizerem educação em saúde na consulta coletiva sobre o papel do enfermeiro na estratégia saúde da família.

É conhecido o quanto a relação entre os membros da equipe de saúde da família, quando funciona de forma harmônica, ajuda no processo de garantir integralidade do cuidado dos usuários (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Por isso, Marina, peço-te, desde hoje, que você aproveite todas as oportunidades de aprender com as outras categorias e que se relacione de forma horizontal com todas elas. Dessa forma, espera-se que você alcance maiores conhecimentos e que as pessoas de quem você cuidar sejam assistidas de forma integral. Continuaremos conversando.

Com amor,
Marina

Figura 3: À Marina de 07 de Março de 2018



Fonte: confecção própria

5. O CONFLITO ENQUANTO FERRAMENTA PARA DESENVOLVIMENTO PESSOAL E COLETIVO

Camaçari, 28 de Maio de 2018

Marina,

Hoje eu estou escrevendo para falar mais sobre aquilo que Joana te disse quando te viu em crise: na residência, você vai encontrar com si mesma, e isso pode ser muito difícil. Essa vivência interfere diretamente no seu desenvolvimento pessoal, e isso depende muito de algumas escolhas que você poderá fazer.

Na Medicina de Família e Comunidade, participamos com frequência de atividades coletivas, e eu sei que você já viveu muita dificuldade em se colocar nesses espaços. Até porque, muitas vezes, você passou muito tempo se sentindo vulnerável, frágil, tímida e, mesmo quando você não se sentia mais dessa forma, sentia que era essa a expectativa das pessoas. Entretanto, vale lembrar que o nosso entendimento da expectativa do outro é resultado de expectativas nossas também. Eis que a residência nos coloca nesse encontro entre nós e nós mesmas, e essa revelação pode ser muito mais dura do que poderíamos imaginar.

Lembro-me da semana de acolhimento aos residentes no seu primeiro ano de residência. Perguntaram à nova turma como cada um gostaria ou não gostaria de ser chamado. Sobre a forma como você não gostaria que te chamasse, você respondeu prontamente: *Marininha*.

Olhando para nossa história isso já se repetiu diversas vezes. Quando você passou no vestibular o seu apelido de caloura era “Mari Fofa”, mas durante a faculdade você passou a ser isto: *Marininha*. Acontece que, e isso você mais tarde irá descobrir, isso não diz muito sobre o que uma pessoa é ou não capaz de fazer.

Para te fazer entender sobre isso, é preciso falar da sua demanda de corresponder aos padrões esperados pela sua família. Sua avó materna, costureira, sete filhos, perdeu duas gestações, em uma delas perdeu tanto sangue que desenvolveu necrose hipofisária, além de ter recebido uma transfusão contaminada com HTLV, e um tanto de patologias que faziam a vida ser tão mais difícil.

Não bastasse o dia a dia no subúrbio ferroviário de Salvador e tudo o que isto significava, sustentou durante muito tempo a família a base de feijão e farinha, dividindo também Bambino, o único boneco da casa. Entretanto, a casa era na beira

da praia de Periperi, o que permitia que quando a maré enchesse fosse possível pular da varanda direto para dentro d'água.

Quando crescida e diante das crescentes necessidades de sua avó, sua mãe assumiu o controle da casa junto com suas tias, e conseguiram melhorar um pouco a renda e as condições de saúde da família. Nessa época, ela e seu pai se conheceram, ele filho de militar e professora, uma condição financeira um pouco melhor, e nesse contexto que você nasceu.

Foi assim que você cresceu: rodeada de mulheres fortes, duronas, rigorosas, de riso alto e largo. Do outro lado da família, tinha sua avó paterna. Levou a vida com um semblante calmo, sereno, extremamente cuidadosa com tudo o que fazia, o maior exemplo de bondade que você conheceu. Quando ela morreu, em 2011, você conheceu um número de pessoas que ela tinha ajudado, seja abrigando em casa durante anos a fio ou ensinando a ler e escrever, mas que ela nunca precisou divulgar ou se fazer reconhecida por isso.

Suas tias paternas, duas partes totalmente diferentes da mesma coisa. De um lado, alegria e casa cheia, do outro, serenidade e calma. Ambas fortes, diligentes, a seguir os seus propósitos, uma artista plástica e outra pianista. Uma delas, católica fervorosa, porém participava extraoficialmente das reuniões do partido comunista na própria casa, foi às ruas durante a ditadura mesmo com o pai aposentado da reserva militar dentro de casa.

Você passou muito tempo procurando se identificar com uma coisa ou outra, desde que não lhe faltasse o direito de fazer suas próprias escolhas. Desde que não fosse isto: *Marininha*.

Por isso não surpreende você ter ficado tão chateada no dia que está por vir.

Será em uma reunião de equipe. Você estará discutindo o papel da família no cuidado de W., um paciente com esquizofrenia. Todos os presentes concordarão que a família vinha sendo negligente, mas a agente comunitária estará especialmente preocupada com o papel dela nessa situação. Ela achará que a comunidade poderá responsabilizá-la se alguma coisa acontecer com o usuário, que a comunidade poderia dizer que ela foi a pessoa que levou uma equipe que foi incapaz de fazer nada pelo paciente.

E aí que você se sentirá muito ofendida. Apesar de ter se envolvido no cuidado dele pouco antes do momento desta reunião, você se sentirá muito implicada porque será necessário estabelecer um vínculo para que seja possível fazer avanços com ele, e esse vínculo se refletirá em você também. Você sentirá, realmente, que muito já terá sido feito por ele, inclusive diversas estratégias de trazer a família para a assistência a W. Você se sentirá particularmente ofendida quando a agente comunitária disser:

- Marina fez uma abordagem com a família, mas ela fez com essa voz mansa dela.

Então nesse momento você reiterará que diversas estratégias terão sido tomadas com a família dentro do objetivo da sua responsabilização e que o fato de você falar com voz mansa não significará que a comunicação não tenha sido efetiva. Mas aí eu você já não estará com a voz tão mansa assim.

Com isso, você se verá extremamente frustrada por se ver dentro de uma equipe na qual algumas pessoas não confiarão no trabalho que estará se desenvolvendo. Em outro momento, mais tranquila, você perceberá que a realidade médico-hegemônica traz sofrimentos que farão parte da fala da agente comunitária e então você tentará se colocar na posição dela, que poderá já ter passado por algum constrangimento nesse contexto. Realmente, depois daquela situação, uma outra colega te dirá que isso já tinha acontecido com as agentes comunitárias da unidade e muitas tinham uma postura mais fechada e cética por conta disso. Entretanto, aquele comentário mexerá com aspectos muito profundos da sua história e, por isso, você assumirá uma postura mais combativa.

Esse momento com a agente comunitária continuará te incomodando por vários dias, até que, em uma roda de campo, você receberá um recado de um colega do NASF que terá visto o que aconteceu na reunião: “Continue sempre com essa tranquilidade e essa calma que conforta todo mundo a sua volta e não deixe que os problemas do dia a dia roubem isso”. E isso te trará um alívio tremendo.

Durante a residência você ainda viverá muitos outros conflitos – em frequência e complexidade – durante a atuação enquanto médica de referência da equipe e como residente do segundo ano. E preciso dizer que, por mais desgastante que seja, não acho que o conflito é sempre contraproducente, pelo contrário.

No planejamento das atividades coletivas, na construção de fluxos da unidade, diversas vezes você se verá diante de um impasse de opiniões sobre o que estava sendo construído e a possibilidade de trazer um novo questionamento para aquela discussão pode ser considerada como conflito, a depender da forma como seja colocada. Entretanto, isso será justamente o que irá permitir caminhar até uma proposta mais interessante para lidar com cada demanda.

Por outro lado, você também experimentará diversos conflitos que te trarão sofrimentos de outras ordens: quando houver uma questão pessoal a ser tratada com outro colega, trazendo um conflito interpessoal; consigo mesma em momentos de insegurança; com a rede, a regulação, quando não você conseguir alguma demanda que urgente para um dos pacientes; com as famílias dos pacientes, quando não se comprometerem no cuidado; com os pacientes, para chegar num plano de cuidados que possa ser encaixado na sua rotina, na sua cultura, nas suas concepções, e ainda possa trazer de fato benefícios ao cuidado dele.

Inclusive, durante o seu estágio na gestão, você também irá vivenciar conflitos na Secretaria de Saúde (SESAU) de forma geral. Um deles será o número ainda reduzido de profissionais de saúde no setor. Sei que você não espera que todo profissional de saúde queira participar de atividades de gestão, tendo aqueles que preferem se dedicar totalmente à assistência, e tudo bem. Por outro lado, não é todo profissional com conhecimentos de gestão que pode participar da gestão em saúde. Sei que entram várias questões nesse jogo, como o interesse pelo tema, a disposição de aprender e a disposição de trabalhar em equipe, que podem favorecer ou não o sucesso de alguém no setor.

Uma situação específica acho que ilustrará isso muito bem. Um determinado setor, na falta de um material que só pode ser utilizado por um especialista, irá declarar a necessidade de um novo equipamento. Prontamente, será então feita a solicitação: um equipamento para aquele setor. Entretanto, será que aquele setor era o único que precisava desse equipamento? Aquele setor estaria superlotado culminando no mau uso do equipamento? Que outros setores da rede, se melhor funcionassem, poderiam evitar que isso acontecesse? Para esse tipo de questionamento a pessoa que fizer a solicitação do equipamento precisará conhecer o que esse equipamento faz, o que depende do resultado do funcionamento desse equipamento, etc.

Outra situação que você também irá perceber no estágio de gestão foi a de conflitos interpessoais, particularmente no COGETHS. Tanto, que estará sendo construído um plano de desenvolvimento do setor para alinhar algumas ideias entre os seus membros. Mas uma das coisas que mais chamará a sua atenção será a posição de algumas pessoas, com dificuldade de dar espaço para outras opiniões, defendendo sempre a mesma ideia, e, no entanto, a forma como a diretoria lidará com isso: garantindo o espaço de fala para todos. “Gestão participativa é isso”, dirão para você.

Em tempos nos quais cada vez menos encontramos espaço para diálogo e construção coletiva, que dirá popular, principalmente dentro de instituições, você se sentirá extremamente aliviada de ver isso acontecendo, em algum nível, dentro da SESAU. E aí acho que se destaca a habilidade de lidar com conflitos na medida em que isso permite a construção democrática dos espaços. Afinal, seria muito mais fácil determinar protocolos, normas e determinações de forma autocrática, sem conflitos, mas não permitiria o crescimento que só pode haver quando todos são ouvidos.

Para além disso, trazendo um pouco para o espaço da assistência, é o equivalente de acolher o usuário que traz reclamações do serviço como estratégia de controle social, um dos princípios do SUS. Não é fácil, e acho que não se pode falar disso sem desenvolver também a saúde do trabalhador, para que se tenha o mínimo de condição para lidar com isso de forma justa, sem criar barreiras de acesso. Vale lembrar, inclusive, que um dos critérios de Burnout é justamente a despersonalização (ABREU et al, 2002). Mas acho que não podemos deixar de ter em mente o quanto a capacidade de gerir conflitos é necessária para alcançar o SUS que nós queremos: de construção coletiva, popular e democrática.

Todo esse processo, do conflito, dialoga com a Teoria do Jogo Social de Matus. Segundo o autor, o Jogo Social se coloca no plano de incertezas e depende em grande parte da criatividade dos seus atores. Essa teoria também pressupõe que o jogo funciona melhor quando os atores são independentes, ou seja, de bases teóricas e fundamentos diferentes, para que de fato se produza o jogo. Inclusive, o autor entende que só poderá haver a Arte de Governar quando o governo não age de forma a substituir os atores, e sim, reconhecer e trabalhar com as características intrínsecas de cada um (PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2008).

Por isso, Marina, que neste dia da reunião de equipe sobre o caso de W., peço-te que tenha paciência. Você, em toda a sua história, encontrou diversos modelos de mulheres fortes, mas a única forma de demonstrar sua força, é como ela de fato é. Assim como cada um, na sua individualidade, tem a maior potencialidade de contribuir com a mudança dos seus contextos.

Como diria bell hooks, em seu livro “Feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras”, quando precisamos de mais que nós mesmas para validar nossas existências, já estamos abrindo mão do nosso poder (HOOKS, 2018). Não abra mão dele.

Com amor,
Marina

Figura 4: À Marina de 28 de Maio de 2018



Fonte: confecção própria

6. DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE E EDUCAÇÃO POPULAR

Salvador, 9 de Julho de 2029

Marina,

Eu, te escrevendo com dez anos de antecedência, não posso prever que nesse tempo você tenha necessariamente seguido os caminhos que eu, nesse momento, gostaria para você e para mim. Afinal, eu hoje não atendo as expectativas que eu tive para mim há vinte anos atrás. Já vimos o quanto nossos objetivos mudam o tempo todo e, apesar de saber que no meio de tudo isso tem uma série de valores que me trouxeram até aqui, também posso dizer que eu espero que você continue se desconstruindo. Por isso espero que as suas expectativas e propósitos não sejam os mesmos que eu tenho hoje, e que você continue entendendo fazendo seu propósito o caminhar.

Estou dizendo isso hoje porque nesse dia vão fazer 10 anos que você conheceu A. Naquele lugar, o 19º Centro de Saúde do Distrito Sanitário do Cento Histórico, A. era um monte de coisas, mas a menos relevante delas, naquele lugar, era o seu nome de batismo. Por isso chamá-lo de A., aqui, como respeito a privacidade dele, confere mais personalidade a ele do que a maior parte dos funcionários daquele serviço faziam rotineiramente. Digo a maior parte, porque dentro daquele serviço havia um outro serviço, o Consultório na Rua, onde A. tinha uma história biográfica e era convidado para dar palestras para as pessoas mais diversas. Mas fora daquela ilha de consciência de classe, A. era maloqueiro, negro, pobre, em situação de rua, e foi ali por um motivo que do ponto de vista clínico era simples. Sua mãe teria dado a mesma indicação que você daria. A. foi ao centro porque estava com pediculose – piolho.

Apesar de ser o seu primeiro dia de atendimento naquele estágio, e por isso a médica ter pedido para você inicialmente acompanhar os atendimentos dela, já que se tratava de uma queixa simples, ela permitiu que você fizesse o atendimento. E assim você foi.

- Bom dia. – ao invés de apertar a sua mão, ele lhe deu um toque típico de meninos na adolescência que é um toque seguido de um soco entre as mãos dos dois – Como posso ajudar o senhor hoje?

- Senhor nada. Se tem alguém aqui em condições de ser senhora de alguma coisa é a senhora porque a divisão étnico-racial da nossa sociedade não permite que

eu seja senhor de nada. – Esse foi o primeiro soco no estômago que viriam nas próximas cinco semanas de estágio.

- “Pô, vei” – Foi a única coisa que você conseguiu dizer naquele momento – Senta aí um pouco. O que foi que houve?

Algumas semanas antes desse encontro houve o seminário da FESF com Sandro Sussuarana, poeta, criador do Sarau da Onça (MAPA DA PALAVRA, 2019). Sandro falou sobre a invisibilidade da população negra e sobre racismo estrutural, trazendo a poesia como forma de expressar essa problemática mas também como forma de mobilizar a sua comunidade em relação a isso.

Com isso, Sandro trouxe algumas referências do rap e da poesia que não representa, infelizmente, a literatura que é oferecida nas escolas. Ainda que se tragam referências na literatura escolar de autores que questionam o papel do negro na sociedade, como Castro Alves ou Joaquim Manoel de Macedo, na minha experiência só tinha contato com poesia e literatura produzida na favela contemporânea aqueles que a procurassem por iniciativa própria.

Dessa forma que, assim como Sandro, outros autores, como Sergio Vaz, Giovane Sobrevivente, utilizaram da poesia como força mobilizadora para trabalhar em grupos. Lembro-me particularmente do relato trazido sobre a experiência de Sergio Vaz no presídio, que, quando se propôs a trazer poesia para discutir nesse espaço, foi imediatamente rejeitado pelos internos. Mas quando trouxe “*O que é, o que é? Clara e salgada, cabe em um olho e pesa uma tonelada*” (RACIONAIS, 2002) foi imediatamente acolhido.

Afinal, o que é isso se não educação popular em saúde? A Educação Popular começou a ser desenvolvida no período pós-guerra, inicialmente a partir de iniciativas da Igreja Católica de se aproximar da perspectiva da população. Com o passar do tempo, essas relações passaram a ser formalmente estudadas e praticadas, tendo como seu principal teórico Paulo Freire. Na educação popular, entende-se que, a partir da interferência nas microrrelações, pode-se interferir nas grandes estruturas de dominação da sociedade, com o propósito de uma realidade mais justa onde todos tenham igual participação (BRASIL, 2007).

Um dos maiores componentes das estruturas de dominação referidas é o racismo. Entretanto, foi extremamente difícil reconhecer que eu, como uma pessoa branca, ocupo um lugar histórico de opressora que antecede minha existência e que

traz sofrimento as pessoas. O exercício de reconhecer os comportamentos racistas que poderei reproduzir e modificá-los, além de defender propostas dentro dos nossos serviços para combater o racismo institucional precisa ser rotina nas nossas ações (RIBEIRO, 2019).

A raça é um dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Assim como a raça, outros fatores sociais, culturais, religiosos e econômicos também são considerados DSS na medida em que o sujeito imerso em formas diferentes de cada um desses determinantes poderá ter manifestações de saúde-doença também diversa (BUSS; FILHO, 2007).

A., seu paciente, também sabia disso e não economizou nas tentativas de te mostrar que era necessário que você soubesse também. E, claro, estava certíssimo.

- Eu estou com piolho porque é muito *difícil* – não foi essa palavra que ele usou – morar na rua. Porque a gente convive com todo tipo de pessoa e as condições sanitárias são péssimas.

- (silêncio)

- Esse seu tênis aí, sabia que a Nike é exploradora de escravos na África? Escravos negros, viu doutora! As escolhas do que a gente consome também são formas de fortalecer ou não o racismo. Você aí, tem quantos anos?

- Vinte e sete.

- Pois é, você tem vinte e sete anos e é médica. E eu sou o que? Eu não sou ninguém. Você sabia que eu passei para cursar Psicologia em uma faculdade particular com bolsa. Mas você acha que eu tive condições de continuar? Eu fico preso, doutora, às minhas necessidades da rua. Sair da rua não é uma questão de escolha, não. Você que é médica, já ouviu falar em Steve Biko? – imagina a minha situação. O cara estava me dando uma aula de antirracismo e eu precisava mostrar para ele que, minimamente, eu entendia de onde ele estava falando e que eu me interessava naquilo.

- Steve Biko? Eu não conheço, não. Como é que se escreve?

- S-t-e-v-e B-i-k-o. – E eu anotei, bem direitinho.

- É assim?

- É. Você precisa conhecer outros referenciais, doutora.

- É verdade, A.

- Se não, a gente fica só no que a gente aprende na escola que também é uma instituição racista. Ou você acha que quem era que cozinhava para Narzinho e Pedrinho era Dona Benta? – Finalmente a minha oportunidade tinha chegado.

- Ah, isso daí é um absurdo demais. Onde é que fica tia Anastácia nessa história, né? Aliás, você já viu aquela poesia de Giovane Sobrevivente sobre isso? – Acho que finalmente eu consegui um espaço com A.

- Claro – Disse A., me olhando com ar desconfiado.

- Afinal de contas, farinha de trigo tem que ser...?

- Tia Anastácia – respondemos, juntos.

Marina, o processo de (des) construção nunca acaba. Hoje faz dez anos desse encontro, que foi só o primeiro soco no estômago que você viveria naqueles dias de consultório na rua. Eu estou te escrevendo para te lembrar de se manter questionando sempre suas convicções e seus comportamentos e o quanto essa experiência foi fundamental para isso. Falaremos-nos em breve.

Com amor,
Marina

Figura 5: À Marina de 09 de Julho de 2029



Fonte: confecção própria

7. OS CAMINHOS DA REFORMA PSQUIÁTRICA NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Camaçari, 02 de Dezembro de 2019

Marina,

Sinto muito em te informar que amanhã será um dos piores dias da sua residência. Não será particularmente cansativo do ponto de vista físico, por passar a maior parte de pé ou correndo pelo corredor do posto ou andando no sol pelo território. Também não será um dia particularmente difícil do ponto de vista clínico, com casos muito complexos sem tempo de tomar decisões adequadas ou consultar alguém mais experiente. Esse será um dia difícil porque você verá diante de você coisas que mexem muito profundamente nos seus valores e nos seus propósitos dentro da Medicina de Família e Comunidade.

Na verdade, a maior parte do dia será bem tranquila. Você vai passar muito tempo colhendo dados dos registros das ocorrências do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e registrando na planilha do EXCEL. Mas lá para o final da tarde, você vai decidir ir para uma intervenção, a primeira com a unidade avançada do dia. E olha, que má escolha.

Eu sei porque você vai escolher isso. Será a primeira oportunidade de ver o atendimento a uma urgência psiquiátrica e vocês vêm discutindo muito isso no estágio de redes. Afinal, o projeto de pesquisa de vocês é exatamente sobre isso. Nada melhor do que acompanhar o atendimento da equipe a uma situação dessa, certo?

Eu sei que, na verdade, você já tem algumas expectativas quanto às condutas de uma equipe de urgência a um usuário de saúde mental em crise. Você passou tanto tempo querendo fazer residência em psiquiatria que não é novidade para você o entendimento que grande parte dos profissionais de saúde tem nesses casos. Apesar de a reforma psiquiátrica não ser coisa recente no Brasil, parece que é. Já faz mais de cinquenta anos que não se usa picador de gelo para tratar da loucura nesse país, mas os mecanismos de contenção do patológico estão legitimados e institucionalizados na medicina, na saúde pública, nas religiões e na polícia. Isso eu sei que você já sabe. Por isso, eu sei o quão difícil vão ser os sentimentos de impotência e indignação que você está prestes a vivenciar.

Na verdade, eu sinto mais ainda pela pessoa em grande sofrimento que você vai conhecer nesse dia 02 de Dezembro. Aqui eu vou chamá-la de M. Não sei que bases relacionais fizeram parte do entendimento de M. de que o próprio pai era um

demônio e a motivasse a tentar esfaqueá-lo, mas o fato é que isso motivará a sua família a ligar para o SAMU. Essa equipe vai achar a coisa mais terrível do mundo ver uma mãe agarrada a suas filhas de cinco e sete anos por saber que é a única coisa que a protege de ter seu corpo e sua autonomia violados como proposta de cuidado. Vão sugerir acionar o conselho tutelar e deixá-la aos cuidados de quem ela vê como um demônio. Você já imaginou ter a plena certeza de que alguém é um demônio e se ver obrigada a permitir que essa pessoa assuma as decisões pelos cuidados com você? Em breve, você vai se sentir extremamente decepcionada quando sua iniciativa de levar a filha de M. para outro quarto para então poder conversar com M. ser seguida de uma contenção física e química, sem conversa, sem entendimento.

Por isso, hoje, eu quero te lembrar de alguns momentos da residência nos quais você participou do cuidado em saúde mental de outras formas para que você esteja sempre se retroalimentando de sentido. A mais importante delas, provavelmente, foi o grupo de saúde no homem. No território da sua equipe, vocês tinham uma microárea onde alguns usuários formavam uma cena de uso de álcool com usuários de outras áreas no que era conhecido pela comunidade como "sindicato". Lá, eles chegavam às 4h da manhã e só saíam bem depois do anoitecer. Quando a equipe conheceu a situação do "sindicato", o padre de uma igreja da área já fazia algumas intervenções com eles, como psicoterapia. Assim vocês decidiram criar um grupo com estes usuários para começar uma abordagem de redução de danos.

No planejamento, identificaram que a primeira abordagem necessária seria de vinculação. Lembro-me de uma Médica de Família e Comunidade contando sobre a experiência no Consultório na Rua quando foi questionada por um usuário:

- Sim, e a senhora é quem? Como é que a senhora quer que eu fale um monte de coisa que eu faço e deixo de fazer se eu nem sei quem é você?

Assim aconteceu o primeiro contato. Distribuimos um convite através da ACS convidando-os para um café da manhã. Nesse dia fomos, levamos café, bolo, pão e nos apresentamos. Foi aí que aprendemos a não nos apresentar enquanto categoria profissional, porque vários deles passavam a atribuir o sentido da ação a solicitação de exames e procedimentos. Questionamos temas prioritários para eles, e foi sugerido falar sobre Hipertensão Arterial.

Nós fizemos um levantamento e vimos que muitos usuários dali eram de outras áreas, inclusive algumas delas cuja referência eram outras Unidades de Saúde da Família. Então nós convidamos residentes de outras unidades para participar da ação.

No dia da ação, distribuímos garrafas de água para que eles lembrassem de manter o consumo de água durante o dia, tiramos dúvidas sobre Hipertensão Arterial, fizemos um alongamento, um relaxamento e foi proposto um retorno para falarmos sobre Saúde Bucal.

Ao longo dos meses, eles começaram a solicitar que abordássemos outros temas, como álcool e outras drogas. Vale lembrar: eles solicitaram! Sempre nas atividades introduzimos alguma atividade lúdica, como dominó, boliche, cinema e um café da manhã. Além disso, temos a oportunidade de discutir assuntos de saúde e introduzir iniciativas para redução de danos, como aumento da ingestão de água e fortalecimento da rede de suporte.

Muitas vezes as agentes comunitárias nos questionaram qual era o real benefício do grupo, já que nenhum deles tinha deixado de beber.

Na perspectiva da Política de Redução de Danos, evita-se o julgamento moral dos usuários e não assumimos como objetivo exclusivo a abstinência imediata. São também objetivos a diminuição dos riscos físicos, psicossociais e jurídicos aos quais o usuário pode estar submetido. Isso foi em alguns momentos uma dificuldade no seguimento do grupo na relação com o padre e parte das agentes comunitárias, que defendiam a abordagem da abstinência e da caridade. E enfrentamos algumas dificuldades para manter um alinhamento do discurso, que muitas vezes se estende à abordagem de usuários de saúde mental de forma geral (CRUZ, 2020). Hoje em dia, o grupo de Saúde do Homem se perdeu e a nova equipe de residentes optou por não dar continuidade ao trabalho diante de outras demandas entendidas como prioritárias.

Dentro da perspectiva da relação da Saúde Mental com o território, eu também gostaria de te lembrar da Clínica Peripatética. Sobre o que pode ser revelado quando mudamos o paciente de *setting*, e deixamos para trás alguns pressupostos do papel de médico e de paciente (LANCETTI, 2007).

Em breve, haverá uma capacitação com Alessandra Tranquili sobre o indivíduo em crise. Você achará fantástico a forma como ela começará a apresentação se colocando no lugar de quem defende a reforma psiquiátrica. Aprenda

que se colocando dessa forma pode evitar mal-entendidos como esse o que aconteceu.

Nessa capacitação, ela falará sobre o Programa de Intensificação de Cuidados (PIC) de Marcos Vinicius. Esse programa vem para negar o paradigma de que existem casos de pacientes psicóticos que precisam necessariamente ser internados. Nesses casos, o programa propõe que sejam ofertados cuidados intensivos voltados para o estabelecimento de vínculo e de ampliação da rede de suporte. Esse programa demonstrou resultados benéficos naqueles que se usufruíram do PIC (SILVA; COSTA; NEVES, 2010).

Eu espero, Marina, que essa experiência esteja sempre em sua memória e que você não se esqueça dessas referências, para que não te falte vontade de se manter na defesa de uma saúde mental antimanicomial, livre e participativa.

Com amor,

Marina

Figura 6: À Marina de 02 de Dezembro de 2019



Fonte: confecção própria

8. SOBRE O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA E ABORDAGEM INDIVIDUAL

Camaçari, 12 de Maio de 2018

Marina,

Temo que hoje, mais uma vez, eu não venho aqui para te trazer boas notícias. Aliás, talvez não sejam boas notícias para os paradigmas que a maior parte dos estudantes de medicina carregam para a prática profissional, mas certamente são boas notícias para você, juro, e principalmente para as pessoas de quem você cuidará a partir de hoje.

Na faculdade, aprendemos uma técnica bem estruturada de anamnese, manobras semiológicas e aplicamos nas nossas consultas. Entretanto, na maioria das vezes, essa estrutura não permite que acessemos demandas ocultas que possam ser trazidas na consulta.

Ao contrário do que se tem no imaginário popular, a identificação de demandas ocultas não é uma habilidade do campo da psicologia ou da psicanálise. É esperado que para se garantir o princípio da integralidade, o paciente seja abordado como um todo, apesar de frequentemente não ser feito pela equipe assistente (STARFIELD, 2004). Em uma revisão realizada por Modesto e Couto (2016), foi identificado o quanto a análise de demandas ocultas potencializa a prática clínica, ainda que não aconteça com a frequência esperada.

Não foi diferente com C., uma senhora de 47 anos que atendi em uma consulta de retorno. Na sua primeira consulta ela já tinha contado uma história de Schwannoma em medula há 05 anos atrás, tendo feito uma abordagem cirúrgica na mesma sem recidiva da doença desde então. Acontece que, por isso, ela convivia com dor crônica em membros inferiores e limitação de movimento. O exame de imagem dela mostrava uma área de lipossustituição tão grande na coluna lombar que eu nem conseguia entender como ela ainda andava, mas ela andava e com um mau-humor tremendo.

Investigando um pouco melhor a sua rotina, ela disse que com frequência se sentia só. Apesar de ter três filhos, só um deles a convidava para sair com alguma regularidade e não frequentava muitos ambientes de convivência coletivos. Com medo de uma lesão na sua medula já comprometida, não a convidei para o Grupo de Práticas Corporais, coisa que faço com 10 em cada 10 pacientes que conheço com

algum sofrimento emocional. Por isso, recomendei que ela visitasse o CAPS para participar do grupo de Musicoterapia, que é aberto ao público.

Na sua consulta de retorno, ela disse que não teve uma boa experiência no CAPS. Principalmente, por não se identificar com os pacientes que frequentavam o grupo. “Aqueles pessoas eram muito debilitadas, doutora. Eu não estava lá pelo mesmo motivo que eles. Nem seria justo que eu ocupasse a vaga de alguém que precisasse daquele atendimento”, ela disse.

Na sua consulta de acompanhamento com o neurocirurgião, ele prescreveu algumas medicações para dor neuropática e lhe disse que estava liberada para fazer atividade física, desde que respeitasse o seu limite de dor. Ainda com medo de expor C. a algum exercício mais intenso, ofereci Auriculoterapia.

- Você conhece Acupuntura? – Você perguntou.

- Já ouvi falar, mas não sei o que é, não”

- É uma técnica da Medicina Chinesa que trabalha com pontos de energia do nosso corpo. Tem funcionado muito bem com algumas pessoas que sofrem com dor ou com tristeza ou com solidão como a senhora me falou. Mas aqui na unidade nós usamos uma variação disso, que é a Auriculoterapia. Daí, a gente aplica algumas sementes na orelha buscando um reequilíbrio dessas energias.

Ela riu.

- Sim, doutora, e essas sementes vão me fazer companhia? Olha, sinceramente eu acho que tem coisas que só funcionam quando a gente acredita. É como acontece com algumas pessoas da Igreja. Não adianta proclamar palavra para gente que não acredita, só quem pode se beneficiar da Igreja é quem tem fé, senão é só entrar por um ouvido e sair pelo outro”,

Eu ri, envergonhada.

- Eu concordo plenamente. Como você falou, as coisas só funcionam para quem acredita que aquilo pode funcionar. Certamente as sementes não vão te fazer companhia, mas as coisas acontecem na nossa vida e nós não podemos controlar como vamos nos sentir em relação a isso: seja raiva, tristeza, alegria, solidão. O que a gente pode tentar fazer, é agir no nosso entendimento desse sentimento, por isso eu achei que as sementes poderiam ajudar. Mas olha, esquece as sementes. Aqui na Unidade a gente tem um Grupo de Práticas Corporais que tem muitas mulheres da sua idade que participam. Não precisa fazer todas as atividades que elas fazem, não,

só as que você quiser e achar que consegue fazer. Se você quiser participar, vai ser bem-vinda.

- Ah, então muito bem. Isso aí eu acho que pode funcionar. Agora eu queria que você olhasse essa minha ferida aqui: já passei banha de galinha, pasta de dente e até hoje não cicatrizou.

O Método Clínico Centrado na Pessoa traz alguns valores que são competências do Médico de Família e Comunidade (MFC) que talvez não sejam discutidas efetivamente na graduação. Considero que tive muitas disciplinas sobre relação médico-paciente e modelos de consulta, mas não lembro de ter falado sobre essa abordagem, particularmente. Inclusive, muitas vezes na nossa prática temos exemplos que contrariam esses princípios, formando o currículo invisível do estudante de medicina que precisa ser questionado.

Da forma como o SUS é estruturado, a atenção básica se constitui na principal forma de acesso a serviços de saúde e, por isso, o MFC é muitas vezes o primeiro contato do usuário com o sistema. Entretanto, as expectativas do papel do médico são construídas através dos contatos com outros profissionais e serviços que cada um tem contato ao longo de sua vida, e isso impacta na construção do processo de consulta e seus desfechos para ambas as partes – médico e paciente. Esse processo, na perspectiva do paciente, inclui sua história pessoal, aspectos biopsicossociais, o momento em que é decidido buscar ajuda, a escolha do médico, a recepção na unidade de saúde e os momentos anteriores à consulta na sala de espera (LOPES; DIAS, 2019b).

Com frequência, podemos observar como o médico assume uma posição paternalista diante das escolhas do paciente, podendo comprometer inclusive a garantia de alguns princípios da bioética, como a Autonomia. Porém, vale lembrar que a perspectiva Princípalista pode não cobrir todos os ângulos de uma mesma situação, e os princípios de não-maleficência, beneficência, autonomia e justiça podem se contradizer. Por exemplo, ao tentar garantir a beneficência com toda sua potencialidade para um indivíduo em particular, podemos correr o risco de não cumprir o princípio de justiça socialmente (SINDALL, 2002), o que é previsto pelo princípio de Equidade do SUS.

Nesse sentido, é interessante pensar em outras abordagens para a bioética no contexto de promoção a saúde. Uma abordagem interessante é o Comunitarismo,

que leva em conta os processos nos quais a comunidade se forma e como o sujeito é inserido, formando um conjunto moral de normas que pode não corresponder ao senso comum. Essa teoria foi defendida como particularmente adequada para o trabalho dentro da saúde pública (SINDALL, 2002) e se alinha com princípios do método clínico (LOPES; DIAS, 2019b).

Hoje eu te escrevo, Marina, para que possamos refletir juntas sobre o acompanhamento de C. e a consulta que você realizou hoje. Perceba como foi importante conhecer os valores e referenciais de C. enquanto pessoa para chegar a um denominador comum na escolha de uma metodologia para o cuidado. Muitas vezes, podemos acreditar que determinada terapêutica é mais adequada com base na nossa experiência, mas no caso de C. a Auriculoterapia não era interessante. Mesmo uma abordagem não convencional, que podemos considerar como uma expansão dos valores tradicionais da medicina halopática, não foi a escolha da paciente nesse caso e isso reforça a importância de levarmos possibilidades terapêuticas sem concepções pré-estabelecidas exclusivamente na nossa vivência.

Eu te agradeço por ter passado por esse processo de reconhecer novos métodos de consulta e ter aplicado nesse atendimento. Já te adianto que essa não será a única vez. Hoje, as vésperas do fim da residência, percebo o quanto isso está incorporado nas minhas consultas e o quanto me sinto angustiada quando não consigo realizar a consulta dessa forma. Por isso, obrigada.

Com amor,
Marina

Figura 7: À Marina de 12 de Maio de 2018



Fonte: confecção própria

9. CONCLUSÃO

Salvador, 29 de Fevereiro de 2040

Marina,

Essa é a última carta de uma sessão de encontros que tivemos sobre o seu processo de formação enquanto médica de família e comunidade. Não sei por onde você andarás nos próximos vinte anos desde que o processo da residência se concluiu, nem sei o que terá sido do país ou do sistema único de saúde nesse período.

De onde eu te escrevo, já faz trinta anos desde que o SUS foi fundado e muita coisa aconteceu até hoje, fazendo da reforma sanitária um processo contínuo, que não sei se terá se concluído no seu tempo. Tampouco posso imaginar o que terá sido de você. Quais coisas te motivam, quais valores você carrega no seu dia a dia enquanto pessoa e enquanto trabalhadora.

Hoje, ao final da residência, eu quero te lembrar de ter coragem de desconstruir uma série de paradigmas, como o que você fez na residência com uma série de aspectos do modelo assistencial privatista com quem temos contato na faculdade. Eu quero te lembrar do quanto você caminhou até aqui, com o propósito de experimentar novas vivências e reconhecer os pacientes e a equipe com quem você trabalha como pessoas que carregam histórias.

Além disso, eu espero que você lembre que todas essas experiências estão mergulhadas em teorias e evidências para as quais eu espero que você sempre olhe com humildade. Com o respeito àqueles que vieram primeiro e que abriram os caminhos para chegarmos onde estamos.

Foi duro passar por esse processo formativo. A ideia de metodologia ativa pode ser bem desesperadora quando você percebe o mundo de responsabilidades que assume no papel de uma médica de referência de determinada população.

Eu espero que você continue na Atenção Primária à Saúde. Eu espero que a atenção primária no Brasil continue existindo. E que você esteja feliz onde está, com todas as dificuldades de reconhecer que não existe lugar fácil quando se fala de trabalho e saúde.

Quero que você saiba que tenho feito de tudo para que você aproveite o seu tempo em sua totalidade. Quando precisar relembrar do seu processo de formação, fique à vontade para reencontrar outras Marinas que você foi nessas cartas que dividimos. Desde que você não se perca de nós mesmas.

Com amor,
Marina

Figura 8: À Marina de 29 de Fevereiro de 2040

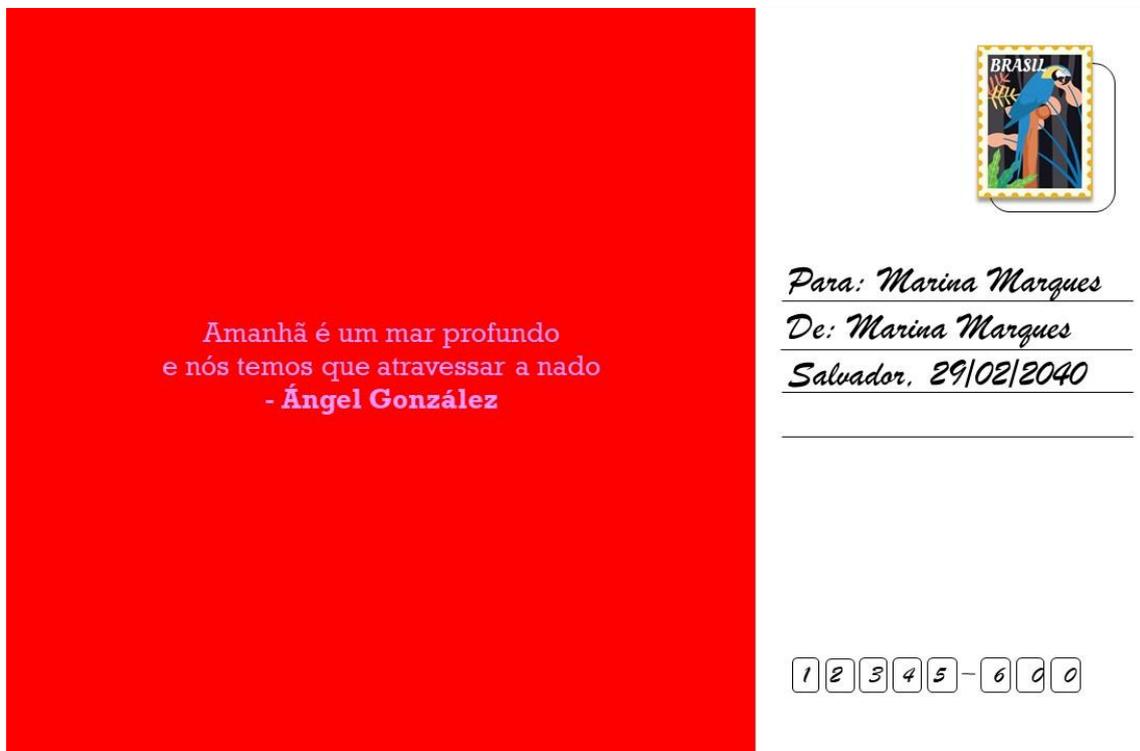


Figura de confecção própria. Frase de González (2020)

10. REFERÊNCIAS

ABREU, Klayne Leite de et al. Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. **Psicologia: ciência e profissão**. Brasília, v. 22, n. 2, p. 22-29, June 2002.

ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciências e saúde coletiva** vol.12 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2007

ASSIS, Machado de. O delírio. *In*: **Memórias póstumas de Brás Cubas**. Jandira: Ciranda Cultural, 2017, capítulo 7.

BLOGSPOT. **História**. Disponível em: <http://dapsbahiana.blogspot.com/p/historia.html>. Acessado em 24 de Fevereiro de 2020.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 26 de Fevereiro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: 2007.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 26 de Fevereiro de 2020.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007

CRUZ, Marcelo Santos. **A redução de danos no cuidado ao usuário de drogas: Eixo práticas**. Brasília. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094500-001.pdf>. Acesso em 27 de Fevereiro de 2020.

ELIAS, Paulo Eduardo et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciências e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, Sept. 2006.

FOCHESATTO, Waleska Pessato Farenzena. A cura pela fala. **Estud. psicanal.** Belo Horizonte, n. 36, p. 165-171, Dez. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372011000300016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 fev. 2020.

Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS). **Projeto político pedagógico**. Salvador: 2018.

GARNELO, Luiza. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2986-2988, Dec. 2008

HARZHEIM, Enzo. **Novo Modelo de Financiamento da Atenção Primária à Saúde**. Outubro de 2019. Apresentação de power point. Disponível em: http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Novo-financiamento-APS_oficial_circula%C3%A7%C3%A3o-ERNO.pdf. Acesso em: 26 de Fevereiro de 2020.

HOOKS, bell. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras**. 7ª edição. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos. 2018.

LANCETTI, Antônio. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2007.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011.

LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. Consulta e abordagem centrada na pessoa. *In*: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2019^a

LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. Princípios da medicina de família e comunidade. *In*: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2019^b

MAPA DA PALAVRA. **Sandro Sussuarana**. Disponível em: <http://mapadapalavra.ba.gov.br/sandro-sussuarana/> acessado em 08 de Fevereiro de 2020.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Novo modelo de financiamento para qual Atenção Primária à Saúde? **ABRASCO**, 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/formacao-e-educacao/novo-modelo-de-financiamento-para-qual-atencao-primaria-a-saude-artigo-de-aquilas-mendes-e-leonardo-carnut/43609/> . Acesso em 14 de Março de 2020.

MODESTO, Antônio Augusto Dall'Agnol; COUTO, Marcia Thereza. Como se estuda o que não se diz: uma revisão sobre demanda oculta. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-13, 24 ago. 2016.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. 116, p. 11-24, Jan. 2018.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**. Rio de Janeiro , v. 21, n. 1, p. 15-36, Mar. 2014

PRADO, Guilherme do Val Toledo; SOLIGO, Rosaura. Memorial de formação - quando as memórias narram a história de formação. *In*: PRADO, Guilherme do Val Toledo; SOLIGO, Rosaura. **Porque escrever é fazer história: revelações, subversões, superações**. 2ed. Campinas: Alínea, 2007, v. 1, p. 45-60

RACIONAIS MC's. **Jesus Chorou**. São Paulo: Cosa Nostra, 2002. Disponível em: <https://soundcloud.com/kexada/04-jesus-chorou?in=kexada/sets/racionais-mcs-ri-depois>. Acesso em 25/02/2020

RIBEIRO, Djamila. **Pequeno Manual Antirracista**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

SILVA, Marcos Vinicius de Oliveira; COSTA, Fernanda Rebouças Maia; NEVES, Luane Matos. Programa de Intensificação de Cuidados: Experiência Docente Assistencial em Psicologia e Reforma Psiquiátrica. **Psicologia Ciência e Profissão**. V. 30 (4), 882-895. 2010.

SINDALL, Colin. Does health promotion need a code of ethics? **Health promotion international**. Oxford University Press 2002. Vol. 17, No. 3

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 726p., 2004.